

“Jeg har det bedre nu,
end før jeg blev syg.“

“Jeg var jo levende død.“

- Karen -

Sanne Storm

*Cand. mag. i musikterapi fra Aalborg Universitet foråret 2002. Blev tilknyttet Musikterapi-
linikken fra januar 2001 og frem til august 2002 som musikterapeut og forskningsassistent.
Erfra november 2002 ansat ved Landssygehuset, Psykiatrisk Center i Tórshavn på Færøerne,
som projektleder med henblik på at integrere musikterapi som et fast behandlingstilbud i
psykiatrisk regi. Henvendelse: sanne@storm-musikterapi.dk*

Livline til virkeligheden

Sanne Storm

Resume: Denne artikel er en oversættelse af mit foredrag på verdenskongressen i musikterapi i Oxford 2002. Den er baseret på mit speciale »Livline til virkeligheden - første skridt i en psykoterapeutisk behandling« (Storm 2002). Artiklen tager udgangspunkt i en case med en alvorligt psykisk syg kvinde, der er indlagt for første gang på psykiatrisk sygehus til Obs. pro for skizofreni, og som i indlæggelsesperioden desuden har udviklet et stort ordmobiliseringsbesvær. Den musikterapeutiske behandling beskrives. Gennem analyser af tre udvalgte musikeksempler dokumenteres den terapeutiske udvikling i musikterapi fra et ubevidst og præ-verbalt stadie til et bevidst og verbalt stadie, - en såkaldt psykisk re-organisering. Første og tredje musikeksempl analyseres ud fra morfologiske principper, og her inddrages dele af Daniel Sterns udviklingsteori som teoretisk platform til forståelse af patientens psykologiske problemstilling. Andet musikeksempl analyseres med fokus på patientens stemme og på notetranskriptionen af sangen, sådan som sangen synges. Til analyse af stemmen anvender jeg et stemmeassessmentskema jeg selv har udviklet og senere videreudviklet i samarbejde med Stephan Skov (Storm & Skov 2000).

I en efterbehandling af tredje analyse, der omfatter en analyse af en klinisk improvisation, udledes en ny hypotese om, hvordan den kliniske improvisation gennemgår forskellige faser frem mod en re-organisering, og hvilken rolle og funktion musikken og musikterapeuten har.

Indledning

Denne artikel er en beskrivelse og dokumentation af en alvorlig psykisk syg kvinde og hendes terapeutiske udvikling i musikterapi fra et ubevidst og præ-verbalt stadie til et bevidst og verbalt stadie - en såkaldt psykisk re-organisering. Med andre ord gives der et indblik i processen ved - første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform i psykiatrien, en holdende og re-organisierende musikterapeutisk metode - (Pedersen 1998). Artiklen er baseret på en individuel case.

I det øjeblik en patient ikke kan samtale om oplevelser i musikken eller behandlingsforløbet, bliver musikken og musikterapeutens brug af musik, og den inter-muskalske relation mere central end ellers. Opmærksomheden er i denne artikel rettet mod musikken, dens rolle og funktion i musikterapien og analyse af den. Gennem en analyse af tre

udvalgte musikeksempler bliver en såkaldt psykisk re-organisering dokumenteret. Første og tredje musikeksempl analyseres ud fra morfologiske principper, og her inddrages dele af Daniel Sterns udviklingsteori, »fornemmelsen af et emergent selv«, »fornemmelsen af et kerneselv«, og »fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-en-anden«, som teoretisk platform til forståelse af patientens psykologiske problemstilling. Andet musikeksempl analyseres med fokus på patientens stemme og en notetranskription af sangen, sådan som sangen synges. Til analyse af stemmen anvender jeg et stemmeassessmentskema jeg selv har udviklet og senere videreudviklet i samarbejde med Stephan Skov (Storm & Skov 2000).

En patients psykiske problemer forstår jeg ud fra et cyklisk dynamiske organiseringsprincip. En tankegang, der blev præsenteret af Prof. i Klinisk Psykologi Høstmark Nie-

sen ved Aalborg Psykiatriske Sygehus foråret 1998. (Pedersen, Frederiksen, Lindvang 1998) Inge Nygaard Pedersen skriver inspireret af dette, at...

“... alle med eller uden en psykopatologisk udvikling bærer tidligere erfaringsspor med ind i nuværende oplevelses- og handlemønstre i nuet” (Pedersen 1998, s. 73).

Med et cyklisk dynamisk organiseringsprincip skal forstås en mulighed for i samspil med musikterapeuten i terapien at re-organisere tidligere erfaringsspor i medinddragelsen af nye oplevelses- og handlemønstre, idet der tages udgangspunkt i her og nu-oplevelsen og i mødet mellem musikterapeut og patient.

Videre vil patientens forsvarsmekanismer ud fra en cyklisk dynamisk forståelse være de forudsætninger patienten har udviklet i løbet af sit liv til at løse eventuelle konflikt-situationer.

I cyklisk dynamisk psykoterapi arbejdes der med såvel intrapsykisk som interpsykisk forandring, der tager udgangspunkt i samhandlingsmønstre her og nu og som lægger mindre vægt på en søgen efter forståelse af tidlige traumer.

Behandlingsforløbet er en cyklisk bevægelse, hvor der ikke er fastlagt en begyndelse og slutning. Der kan interveneres på et hvilket som helst sted og alligevel vil terapeutens intervention altid befinde sig i udgangspunktet for en ny kommunikationscyklus. (Pedersen, Frederiksen, Lindvang 1998)

En re-organisering handler altså om at finde nye og meningsfulde oplevelses- og handlemønstre set i et helhedsperspektiv af den cykliske forståelse.

Introduktion til case

”Karen”, en kvinde midt i 30’erne, blev indlagt for første gang i psykiatrisk regi. Ved

indlæggelsen er diagnosen: Obs pro (observation af prognose) indenfor det skizofrene spektrum. Dette ændres et halvt år efter til: F20.3 Udifferentieret skizofreni (jævnfør definitionen i WHO ICD-10).

Ved indlæggelsen er Karen lettere psykotisk. Tilstanden forværres hurtigt og hun bærer præg af at være usamlet og forvirret, grænseløs omkringfarende, har syns- og hørehallucinationer og kropslige vrangforestillinger, er præget af katatoni og stuporøse tilstande, er angst og i dårlig kontakt med omverdenen, er ofte aggressiv og har voldelig adfærd. Sideløbende udviser Karen diverse somatiske symptomer og neurologiske udfald i form af besvimelser, faldtendens og epilepsilignende anfald.

I indlæggelsesforløbet første halvandet år er Karens tilstand meget vekslende, men primært præget af ovenstående symptomer og med tiden også af et stort ordmobiliseringsbesvær.

Som en følge af denne tilstand har Karen haft en ”fast vagt” i ca. et og et halvt år.

Undersøgelser

På grund af det brogede symptombillede gennemgår Karen en CT-scanning af cerebrum, neurologisk- og kardiologisk undersøgelse, øjen- og tandundersøgelse samt infektionsmedicinsk undersøgelse, uden at der findes holdepunkt for somatisk lidelse som årsag til tilstanden.

Behandling

Med udgangspunkt i diagnosen gives en voksende psykofarmakologisk behandling under indlæggelsen, men uden nogen mærkbar effekt. Der forsøges også med NCE-behandlinger, men uden effekt. Karens svære psykotiske tilstand har flere gange gjort det nødvendigt at bæltefiksere samt tvangstilbageholde hende på behandlingsindikation samt på grund af uro.

På afdelingen får Karen en støttende, strukturerende miljøterapi / træning af kognitive

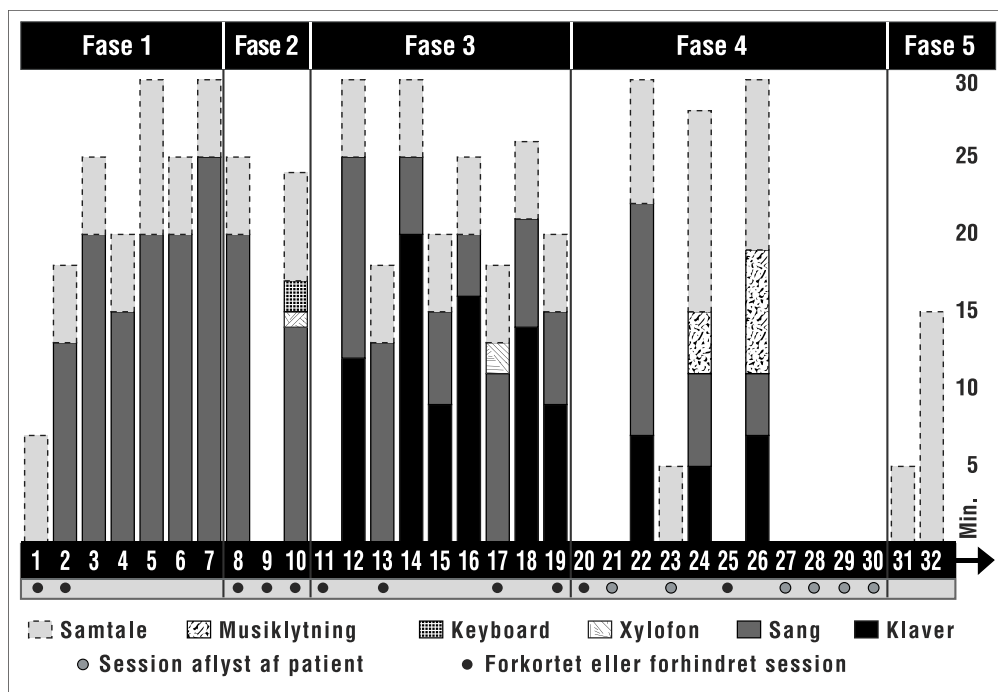


Fig. 1: Oversigt over det musikterapeutiske behandlingsforløb. Y-aksen viser det antal minutter, som Karen har været i musikterapirummet. På x-aksen kan man aflæse sessionens nummer. Søjlerne forskellige skraveringer illustrerer, hvilken metode jeg har benyttet i de enkelte sessioner. De angiver også varighed af henholdsvis musik kontra samtale. Frem til fjerde fase er den verbale interaktion mest envejs. Det er hovedsagelig mig, der taler til Karen og derfor skal den illustrerede samtales varighed på fem minutter forstås symbolsk. I fjerde fase, hvor samtalen varer mere end fem minutter, skyldes det, at Karen begynder at indgå mere i den verbale interaktion. De sorte prikker angiver, når afdelingen enten har glemt aftalen, og sessionen derfor er blevet forkortet, eller når sessionen er aflyst af afdelingen eller mig. De grå prikker viser, hvornår patienten selv har aflyst terapien.

adfærdsmæssige funktioner samt træning af ADL-funktioner (Almindelig Daglig Livsførelse).

Et år og seks måneder efter indlæggelsen henvises Karen til Musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus med henblik på en klinisk udredning og vurdering af, om hun er egnet til et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb. På dette tidspunkt i Karens indlæggelsesperiode har hun aldrig forladt afdelingen med andre end sin 'faste vagt'.

Grundet sin svære psykotiske tilstand starter Karen med at være indlagt på en lukket modtageafdeling. Et år og otte måneder senere kan Karen overflyttes til et åbent langtidsafsnit.

Det musikterapeutiske behandlingsforløb

Artiklen tager udgangspunkt i behandlingsforløbet første 32 sessioner, dvs. en periode på ca. 5 måneder. Den grafiske oversigt (fig. 1) giver et overblik over sessionerne, hvor meget musikken fylder i løbet af det musikterapeutiske behandlingsforløb og hvilke metoder, der gøres brug af. Behandlingsforløbet er inddelt i fem faser.

Musikterapiklinikken retningslinier for terapiegnethed

Musikterapiklinikken lægger vægt på at terapiegnethed ikke kan vurderes ud fra en iso-

leret bedømmelse af patienten. Det interaktive rum mellem terapeut, patient og musik tillægges stor betydning og opmærksomhed og der er dermed sat fokus på den terapeutiske alliance.

Henvises en patient til individuelt musikterapiforløb bliver terapiegnethed vurderet ud fra et prøveforløb på tre til seks sessioner. Grundet Karens svære tilstand blev rammen for det musikterapeutiske behandlingsforløb ændret fra at mødes en time en gang om ugen til at mødes maximum en halv time to gange om ugen. Prøveforløbet blev derfor på 12 sessioner.

Af samme årsag var det heller ikke muligt at gennemføre Musikterapiklinikkens udarbejdede assessmentmetode til at vurdere relevansen af et musikterapeutisk behandlingsforløb. I stedet opstillede jeg følgende spørgsmål, der skulle undersøges i prøveforløbet med henblik på at udfærdige en klinisk vurdering og bedømme, om Karen var egnet til et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb.

1. Er det meningsfuldt for Karen at blive sunget for eller at synge sammen med en anden?
2. Er det meningsfuldt for Karen at blive spillet for eller spille sammen med en anden på lettilgængelige instrumenter?
3. Kan Karen deltage i enkle improvisationer, der tager udgangspunkt i stemmelyde? Her primært Karens egne stemmelyde snarere end ord eller kendte melodier.
4. Kan Karen udtrykke noget af det hun ikke er i stand til at udtrykke i ord gennem enkel improvisation med stemme eller lettilgængelige instrumenter?

Som det vil fremgå i beskrivelsen af behandlingsforløbet vurderede jeg, at Karen var egnet til et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb.

I løbet af prøveforløbet observerede jeg at

Karen var meget psykotisk, dog med en lille variation i styrke og intensitet. Ligeledes var der et mærkbart manglende fysisk og psykisk nærvær og dermed en manglende oplevelse af sig selv. Jeg sporede ingen tidsfornemmelse eller hukommelse, og Karen virkede usamlet. Evnen til at orientere sig i tid og sted var ikke til stede. Desuden var kontakten med omverdenen stærkt nedsat, forstærket af patientens store ordmobiliseringsbesvær.

Ovenstående ser jeg som symptomer på angst for kontakt, forstået i bred betydning. Ikke kun angst for mellem menneskelig kontakt, men også angst for kontakt til omverdenen. På dette tidspunkt var angsten for kontakt så stor, at det udmøntede sig både fysisk og psykisk i patientens virke. Ifølge rapport fra plejepersonalet blev patienten angst ved berøring. Samtidig oplevede jeg, at patienten af og til var forpint i sin situation.

Grundet det store ordmobiliseringsbesvær kunne jeg ikke samtale med Karen om, hvad det indebar at lave en kontrakt om et musikterapeutisk behandlingsforløb, og heller ikke samtale om hendes behov eller målsætninger for behandlingen. Altså identificerede jeg alene Karens behov til at være:

- * at opleve en fornemmelse af sig selv
- * at opleve en stabilitet i egenoplevelsen
- * at opleve at være til stede
- * at opleve sammenhæng og kontinuitet og en bevidsthed om dette

De overordnede psykoterapeutiske målsætninger blev:

- * at etablere et fysisk og psykisk rum, hvor Karen kan være til stede
- * at bryde isolationen. Herunder fokus på etablering af relation
- * at støtte og udvikle værensfølelsen
- * at støtte og udvikle Karens egenoplevelse
- * at støtte og udvikle Karens måde at kommunikere ud i omverdenen på

Første fase: Bevægelse mod alliance (1 - 7 session)

I starten af forløbet tog jeg udgangspunkt i afdelingens observation af, at det havde en beroligende virkning at synge sange for Karen. Denne metode brugte jeg først og fremmest for at Karen skulle få tryk og tillid til mig, terapien og rummet og dernæst for at undersøge de forømtalte spørgsmål.

Afdelingen som Karen lå på, har lavet nogle sangmapper til brug ved fællessang. De indeholder alle mulige forskellige sange i meget forskellige genrer. I terapien brugte jeg disse sangmapper som udgangspunkt for hvilke sange Karen og jeg kunne synge sammen.

I terapien sang jeg altid den enkelte sang korrekt musikalsk.

Essens og konklusion af observationerne i første fase

Karen havde ikke rigtig noget sprog. Genkendeligheden i ordenes udtale var som regel meget lille, nærmest uforståelig med en lille variation både til det bedre og til det værre. I løbet af sangen kunne Karen nogle gange sige enkelte ord og sætninger, der var forståelige, men disse stod alene og manglede sammenhæng.

Karen sang ofte mumlende, dynamisk monotont og meget svagt. Melodien var ugenkendelig. De forskellige sange blev sunget stort set på samme tone og havde en messende karakter. Der var ingen pauser, bortset fra når Karen skulle trække vejret. Karen sang aldrig i samme toneart som mig. Vi havde altså ikke fælles grundtone. Når Karen spontant selv begyndte på en sang afstemte jeg mig efter hende.

Jeg konkluderede, at Karen havde accepteret min tilstedeværelse, rummet og sangen ud fra den observation, at Karen kunne udholde at være i musikterapien i gennemsnitlig tyve minutter ad gangen (Se fig 1.). Endvidere kunne hun i syvende session være i terapien uden at kontaktpersonen var tilstede og uden at dette påvirkede sessionens varighed.

Derimod oplevede jeg at hun befandt sig i sin egen verden, ved siden af min verden.

De to verdener overlappede ikke hinanden, men befandt sig i et fælles rum, musikterapien stillede til rådighed. Dette konkluderede jeg ud fra det faktum, at Karen ikke afstemte tonearten efter mig, men derimod blev i sin, og heller ikke lagde mærke til hvornår jeg var færdig med sangen eller om jeg ikke var færdig når hun selv stoppede.

Da jeg i de tilfælde, hvor Karen spontant begyndte på en sang altid afstemte mig hende, mødtes enkelte toner af og til fra hver vores verden tilfældigt. En måde, hvorpå min verden blidt og lempeligt kunne nærme sig Karens verden og banke på, i overført betydning.

Karen sang uden pauser og fornemmelse for sangens form og struktur. Min konklusion var, at Karens indre oplevelse af form og struktur var mangelfuld eller slet ikke til stede. Karens sprog var mangelfuldt og det fortolkede jeg som et udtryk for stærkt nedsat oplevelse af form og struktur. Lydene og ordene samlede sig ikke i former og strukturer og gav mening. Karen havde ligeledes en mangelfuld pulsforfølelse som jeg fortolkede at være et udtryk for, at Karen ikke havde noget stabilt hun kunne støtte og holde sig til. Fordi der ingen form og struktur var, konkluderede jeg, at Karens indre oplevelse var kaotisk og at der var en manglende bevidsthed omkring noget værende.

Karens sang var monoton og udynamisk, hvilket jeg fortolkede som manglende evne til at give og tage plads, samt manglende indlevelse og fleksibilitet. Meget naturligt eftersom Karen tilsyneladende ikke havde et indre holdpunkt at støtte sig til.

Anden fase: Alliance. Tillid etableret (8 - 10 session)

I 10. session introducerede jeg som noget nyt Karen til instrumenterne i terapirummet, med den intention at give Karen mulighed for at have en mere aktiv rolle i interaktionen. På denne måde kunne Karen få en mulighed for ordløst at give udtryk for sin tilstand og føre en ordløs dialog. For mig

som musikterapeut ville det give mulighed for at arbejde aktivt med interaktionsprocesser i musikken ved at anvende den kliniske improvisation som metode og undersøge de før omtalte spørgsmål.

Essens og konklusion af observationerne i anden fase

Der var generelt mere genkendelighed i ordenes udtale, men ordene blev stadig sunget uden stød, hvilket dermed gav sangens udtryk en manglende dynamik. Generelt anvendte Karen et begrænset udvalg af forskellige toner, og altid toner der lå tæt omkring hinanden. Af den grund var melodien genkendelighed stadig begrænset, og det bevirkede en vis monotoni i måden at synge på, og gjorde det dynamiske udtryk svagt.

I 10. session afstemte Karen tonearten efter mig, og jeg konkluderede dermed, at jeg havde opbygget en alliance med Karen. Ved at afstemme sin toneart efter mig viste hun, at hun hørte mig og registrerede på et bevidst eller ubevidst plan, hvor jeg befandt mig. Af samme grund vurderede jeg også, at der var et spirende nærvær i samværet med mig.

Karen viste også et spirende nærvær ved at kunne følge angivet puls og tempo et kort stykke tid, og ved at hun begyndte at lægge mærke til, at der var divergens i hvor langt vi hver især var nået i den pågældende sang.

Der var en spirende fornemmelse af form og struktur, hvilket afspejledes ved at Karen begyndte at lave ophold mellem versene. Dette forbandt jeg med en spirende fornemmelse af en indre form og struktur og en begyndende fornemmelse af at være.

Både ved sang og i improvisationen udviste Karen et begrænset tonebrug, hvilket ledte mine tanker hen imod et råderum, der var meget begrænset. Enten på grund af manglende evne til at udvide det eller på grund af et rigtigt handlemønster. Dette udtryk forstærkes yderligere ved den monotone og udynamiske måde at synge og spille på. Dette vidnede om, at Karen heller ingen orienteringsevne havde.

Karen udviste lidt åbenhed og motivation ved at indvillige i at prøve forskellige instrumenter og indgå i en improvisation. Hun viste også lidt åbenhed overfor at ville være sammen med andre mennesker ved musikalsk at nærme sig mit valg af toneart, rytme og tempo. Dermed konkluderede jeg, at hun ikke grundlæggende nærede noget ønske om total isolation, men måske snarere nærede et ubevidst ønske om nærhed. I musikken ses det især i improvisationen, hvor hun meget let blev påvirket af mit tempo og ubevidst forsøgte at afstemme sit tempo efter mit.

Jeg vurderede, at Karen kunne indgå i enkelte improvisationer og dér give udtryk for sin tilstand. Hun virkede motiveret for denne arbejdsform i og med at hun smilede og bekræftede, at hun gerne ville prøve igen.

Tredie fase: Klientens bevægelse fra ubevidsthed mod bevidsthed. Præ-verbalt stadie

(11. session - 19. session)

Den kliniske improvisation blev nu den del af terapien, hvor Karen udforskede, og blev støttet og udfordret i samspil og interaktion med mig. Ved at inddrage den kliniske improvisation som en metode, blev det muligt aktivt at arbejde med Karens behov og psykiske tilstand. I denne situation, hvor Karen tillige havde et stort ordmobileringsbesvær blev den kliniske improvisation jeg gjorde brug af ifølge Ken Bruscia (1998) en ikke-referentiel improvisation. Herved forstås en improvisation, der uden spilleoplæg tager udgangspunkt i lyden / musikken i sig selv. Det vil sige, at der ikke bevidst søges at portrættere eller udtrykke noget uden for musikken.

Hvilke muligheder byder en ikke-referentiel klinisk improvisation

I overensstemmelse med mit syn på musik og hvilke muligheder musikken giver, vil en ikke-referentiel improvisation både repræsentere, symbolisere og udtrykke fænomener uden for musikken. En ikke-referenti-

el improvisation har potentialet til at være en rent non-verbal oplevelse. Meningsoplevelsen i den musikalske interaktion vil afledes af relationerne i musikken selv. Den behøver ikke at være baseret på en oplevelse, der er verbaliseret i forvejen, men kan dog uden at det er intentionen, være under indflydelse af den forudgående samtale. Den behøver heller ikke at blive analyseret verbalt for at være terapeutisk, men kan selvfølgelig diskuteres, hvis patienten ønsker det og evner det (Bruscia 1998).

Den kliniske improvisation giver patienten en frihed og et rum til at spille sin tilstand spontant med de følelser tilstanden medfører, og improvisationen kan på samme tid afspejle patientens præferencer og behov samt den dynamik og proces, der er igang i situationen nu og her. I udøvelsen af en klinisk improvisation tilbydes patienten en mulighed for konkret at være til stede i udtrykket, og der høre og mærke sig selv udfolde sig musikalsk.

Idet der spilles på samme tid danner musikerterapeutens og patientens musik tilsammen et fælles udtryk. Dermed tilbyder den kliniske improvisation et rum, hvor musikerterapeuten og patienten kan være til stede sammen og dog i adskildthed, i en relation uden ord, der opstår gennem den samlede musik i rummet. Dette kan være med til at give patienten en oplevelse af mindre isolation og dermed være medvirkende til brydningen af en ellers total isolation og således opbygge, bekræfte og støtte en værensfornemmelse.

Inge Nygaard Pedersen har formuleret, at musikkens non-verbale kontekst muliggør at udtrykke og agere følelser uden ord. Den kliniske improvisation skaber en ramme, hvor det er muligt at handle, blive mødt og dele uden at skulle forklare eller forsvare sit udtryk (Pedersen 1998).

Den kliniske improvisation giver dermed mulighed for at afdække patientens tilstand og samtidig kan patienten udfolde sig i et samspil med musikerterapeuten. I samspillet vil tilstanden kunne undersøges eksplorativt og åbne op for nye måder at være til stede på og

dermed være medvirkende til en re-organisering. Desuden kan patienten i en musikalsk fælles improvisation få en oplevelse af at blive hørt og rummet med sit udtryk, som det er. Bevægelsen frem til en re-organisering mener jeg vil afspejle sig i musikken ved, at det musikalske udtryk vil ændre karakter/ændres i den musikalske form og struktur igennem forløbet.

Dette vil senere i artiklen blive belyst yderligere i gennemgangen af den grundige musikanalyse.

Karens instrumentvalg blev klaveret (se fig. 1).

I forhold til hvilke funktioner og roller jeg skulle indtage undervejs, var det vigtigt at vælge et instrument, der kunne måle sig med Karens. Klaveret er et meget dominerende og kraftfuldt instrument, der har mange anvendelsesmuligheder. I dette tilfælde syntes jeg, at det var vigtigt at have et instrument til rådighed, hvor jeg både kunne spille rytme og melodi. Ud fra disse overvejelser valgte jeg det andet klaver.

Jeg vekslede mellem to enkle spilleregler:

1. Spil kun på de sorte tangenter.
2. Spil kun på de hvide tangenter.

Essens og konklusion af observationerne i tredje fase

Fornemmelsen for form og struktur i sangen var nu større, hvilket afspejlede sig ved at Karen stort set kunne gengive melodiens puls og rytme, ligesom hun det meste af tiden også lavede ophold mellem de enkelte vers. I den 19. session skete der en udvikling i den kliniske improvisation, der adskilte den fra de øvrige improvisationer. På eget initiativ begyndte Karen at spille en struktur i form af en regelmæssig puls og kunne holde den uden støtte i halvandet minut. Sammenholdt med hvad der skete i sangen vurderede jeg at Karen på dette tidspunkt i behandlingsforløbet havde fået forbindelse til en større indre stabilitet og egenoplevelse.

Med andre ord var der sket en re-organisering af en kaotisk oplevelse med manglende bevidsthed om noget værende, til en indre stabilitet og egenoplevelse, samt til en bevidsthed om et værende på et præverbalt stadie. Dette gav mening i forhold til sammenkoblingen med Karens kropslige reaktion efter improvisationen, hvor hun sukkede og så meget lettet ud. I musikken fik Karen en let kontakt med sig selv og mig. En begyndende kontakt og kommunikation på et præverbalt stadie. Karen skulle dog fortsat støttes meget for at bibeholde denne forbindelse.

Karen begyndte at kunne huske brudstykker af sin hverdag og kunne også huske, hvad vi havde lavet i musikterapien. Dette tydede på, at der også i de daglige begivenheder begyndte at være en strukturoplevelse for Karen.

Fjerde fase: Patientens modstand og ambivalens

(20. session - 30. session)

For første gang i behandlingsforløbet begyndte Karen at aflyse. Jeg accepterede altid en aflysning, men krævede at hun så vidt det var muligt selv skulle fortælle mig, at hun ville aflyse sessionen. Dette udfra intentionen om at stimulere Karen til bevidst at tage ansvar for sin tilstedeværelse og at reflektere over hvad hun ønskede og ikke ønskede. En intention om at fastholde Karen i en mere aktiv rolle, hvor hun gav udtryk for sine behov og også oplevede, at omgivelserne hørte og accepterede hendes meldinger og imødekom hende. De gange hvor Karen var i musikterapi var den kliniske improvisation stadig den primære del af metoden. Derudover lagde jeg mere op til verbal dialog i vores samvær i intentionen om gradvist at øge samtalens længde og holde Karens nærvær omkring bestemte handlinger i længere tid ad gangen.

Essens og konklusion af observationerne i fjerde fase

Udgangspunktet for Karens musikalske udtryk i de kliniske improvisationer var nyt.

Hendes udtryk var ikke længere amorft, men struktureret i form af en regelmæssighed i anslagene. Dermed konkluderede jeg, at Karen havde funderet en begyndende egenoplevelse af stabilitet.

I sangene blev dette afspejlet ved, at Karen sang sangene med større fornemmelse for overgangene mellem versene. Det afspejledes endvidere i, at Karen begyndte at danne billedassociationer til musikken. Med andre ord var der begyndende oplevelse af bevidst mening i forhold til noget bestemt og bevidst oplevet.

Samtidig udviste Karen stor modstand og temperament hvis hun blev presset. Modstanden viste sig i et bestemt mønster. Første gang Karen aflyste var lige efter 19. session, hvor hun spillede et nyt musikalsk udtryk i form af en regelmæssig puls. Anden gang var da hun fik associationer der var meningsdannende i forhold til noget bestemt i den kliniske improvisation. Dermed konkluderede jeg, at modstanden var et udtryk for, at Karen både havde et ønske om udvikling, og samtidig modarbejdede den - et ubevidst forsøg på at modsætte sig behandling og hvad denne kunne føre med sig af kontakt til virkeligheden.

Med andre ord var der en bevægelse fra ikke at kunne definere, hvad der opleves i musikken til at kunne definere det, og en bevægelse fra ikke at kunne verbalisere sine oplevelser og associationer til at kunne verbalisere sine oplevelser og associationer.

Analyse af tre udvalgte musikeksempler

Til dokumentation af Karens terapeutiske udvikling i musikterapien valgte jeg tre musikeksempler ud til at blive detaljeret analyseret:

En stemmeimprovisation, hvor Karen kort men spontant bryder ud i sang alene, 6. session.

En børnesang, hvor Karen og jeg synger »Jeg ved en lærkerede«, 14. session.

En klinisk improvisation på klaver, 19. session.

Det andet musikeksempel er som før nævnt analyseret ved hjælp af et stemmeassessment-skema med fokus på Karens stemme, og en eksakt notetranskription af, hvordan vi synger sangen sammen.

Kort introduktion til stemmeassessmentskemaet

Formålet med stemmeanalysen er en klinisk udredning af patienten. Ved hjælp af stemmeassessmentskemaet (se fig. 2 senere i artiklen) er det muligt at danne sig et helhedsindtryk af patientens måde at udtrykke sig med stemmen. I vurderingen af de definerede stemmeparametre kan der dermed afstikkes en terapeutisk retningslinie for behandlingsforløbet, og patientens ressourcer og begrænsninger synliggøres.

Stemmeparametrene er valgt ud fra hvilke overordnede stemmeparametre mennesket udtrykker sig gennem. Det er fysiologiske parametre, der vurderes subjektivt og derefter tilknyttes psykologiske betragtninger.

Parametrene bliver behandlet fænomenologisk og arbejder på en gang med helhed og enkeltdele i helheden. Nogle parametre er eksakte og derfor helt objektive, mens andre helt og holdent er subjektive vurderinger. På den måde er det både et kvalitativt og kvantitativt design.

Skemaet kan aflæses både vertikalt og horisontalt. Læser man det vertikalt fremstår skemaet som et grafisk billede, der giver et helhedsindtryk af patientens stemmebrug. I det umiddelbare indtryk vil der være noget der træder mere frem end andet.

Læses skemaet horisontalt fortæller det noget om de enkelte parametre og hvilke tendenser der er, og det vil ligeledes give et indtryk af patientens ressourcer og begrænsninger.

I denne sammenhæng bruger jeg kun skemaet til at tegne et umiddelbart »billede« af Karens stemmebrug. Jeg noterer kun det hørbare og analyserer det.

Mine referencer til at udvikle dette assess-

mentskema og de psykologiske betragtninger er dels Paul Newham (1998, 1999), en engelsk stemme- og bevægelsesterapeut og forfatter til adskillige bøger om krop og stemmearbejde, og dels Susanne Eken (1998) en dansk tale- og sangpædagog, samt docent fra Det kongelige danske Musikkonservatorium og forfatter. Endelig - men især, mine egne erfaringer med stemmearbejde.

Til første og tredje musikeksempel anvender jeg den morfologiske analysemodel »Beschreibung und Rekonstruktion« (jævnfør Rosemarie Tüpker, 1996). Musikken har her en central placering, hvilket musikken også har i denne case. »Beschreibung und Rekonstruktion« er en kompliceret og omfattende analysemetode og kræver derfor en kort introduktion.

Kort introduktion til morfologiens grundforståelse

Morfologiens grundforståelse og paradigme er, at psyken er gestalt og forvandling. Psyken er og virkeliggør sig selv på en kunstanalog måde, idet kunst og musik kan visualisere og gøre psykiske sammenhænge hørbare.

Musikalske fænomener forstås altså som psykiske fænomener. Det bliver dermed en psykisk organisation i sin helhed der afspejles i musikken, et »aftryk« af psyken, og ikke blot bestemte følelser eller et bestemt udtryk. Improvisationen kan dermed lydliggøre lidelser, og muliggør derved en ny måde at opleve dem på. Derudover kan der i musikken formidles nye muligheder som kan få indflydelse på lidelsen.

Desuden tages der ifølge den morfologiske grundforståelse udgangspunkt i, at psyken løbende søger en større helhedsoplevelse og dermed er en selvbehandling hele tiden aktiv. Dette præger den interpsykiske og relationelle omgang med én selv og andre. (Exner 1998).

Man kan altså i terapien forsøge at bringe en ny bevægelse ind i gestalt og forvandling. En bevægelse, der med andre ord vil kunne føre til en re-organisering.

Den morfologiske analyse udarbejdes i fire undersøgelsestrin (se også Exner, 1999):

Første trin - helhed

I første trin inddrages en uvildig lyttegruppe til at lytte til det kliniske musikeksempel. I overensstemmelse med den morfologiske grundforståelse, visualiseres og gøres psykiske sammenhænge hørbare ved hjælp af lyttegruppens subjektive oplevelser. Lyttegruppen har ingen forhåndsviden om det kliniske materiale, ingen informationer om patienten eller viden om, hvem der i musikken er henholdsvis terapeut og patient.

Hver lytter noterer deres oplevelser ned. Bagefter finder lyttegruppen i fællesskab ligheder og forskelle i deres oplevelser som de sætter i forbindelse med hinanden og dermed danner grupperinger på tværs af lyttegruppen.

Til slut danner musikterapeuten, som oftest alene, én sætning, en såkaldt 'hypotese', der indeholder polariteterne eller modsætningerne, essensen. Denne hypotese danner grundlaget for resten af analysen.

Andet trin - intern regulering

I andet trin udfører musikterapeuten en fænomenologisk beskrivelse af musikeksemplet ved at lytte grundigt til musikken. Musikkens bevægelse følges fra tone til tone og beskrives. På den måde bliver detaljer og finheder i improvisationen tydelige, og forskellige vigtige musikalske strukturer findes frem. Morfologerne går ud fra, at den »metode« som patienten anvender i sit spil, er analog med patientens livsmetode og derfor fortæller noget om den måde, patienten omgås virkeligheden på.

Tredje trin - transformation

I tredje trin inddrages konkrete data fra patientens liv. Anamnesen, sygehistorien og behandlingshistorien sammenholdes med hypotesen fra første trin.

Fjerde trin - rekonstruktion

Materialet sættes nu i en teoretisk sammen-

hæng. Her valgte jeg at bruge Daniel Sterns udviklingsteori om spædbarnets interpersonelle verden som udgangspunkt for en teoretisk perspektivering og forståelse af patientens centrale problem. Dette skyldes, at Stern sætter fokus på relationen, hvilket jeg også gør i bearbejdningen af denne case.

Analyse af første musikeksempel: En stemmeimprovisation fra 6. session

Denne første analyse er foretages ud fra de morfologiske principper. Jeg vil i det følgende kort gennemgå resultaterne fra hvert undersøgelsestrin.

Første trin - helhed

Ud fra lyttegruppens beskrivelser lavede jeg følgende morfologiske »hypotese«, der beskriver improvisationen til at være:

En bevægelse, der er præget af angst, fra en indre ubevidst og kaotisk verden med uforståelig lyd mod en ydre bevidst verden med forståelige ord.

Andet trin - intern regulering

I hypotesen som lytteindtrykkene førte frem til, bliver bevægelsen beskrevet som værende mellem to verdener - en indre ubevidst og kaotisk verden og en ydre bevidst verden. Den fænomenologiske musikbeskrivelse dokumenterer og uddyber, hvad de to verdener består i. Den ene bevægelse er en intrapsykisk bevægelse mellem to forskellige psykiske tilstande. Den anden er en interpsykisk bevægelse rettet mod samklang med et andet menneske. Sammenholdt med beskrivelsen i 1. fase under afsnittet om det musikterapeutiske behandlingsforløb, hvor jeg konkluderede, at Karen og jeg sidder i to verdener, der ikke når hinanden, viser denne lille nuance i den fænomenologiske musikbeskrivelse, at Karen ubevidst efterstræber en større helhedsoplevelse og et ønske om samklang med et andet menneske. Dette i overensstemmel-

se med den morfologiske grundforståelse.

Tredie trin - transformation

Ved at sammenholde hypotesen fra første trin med Karens anamnese og sygehistorie dukker et handlingsmønster op. Det har således været et gennemgående træk hos Karen at bevæge sig væk fra interaktionen med omverdenen, trække sig i kontakten og blive mere og mere introvert. Måske især når hun ikke følte sig forstået.

Fjerde trin - rekonstruktion

I dette trin inddrages Sterns udviklingsteori til at beskrive Karens psykologiske tilstand. Sterns udviklingsteori er på en gang en beskrivelse af en udviklingsproces som spædbarnet gennemlever, og en beskrivelse af oplevelsesformer der er tilgængelige hele livet. Den er funderet i barnets selvoplevelse. Jeg vil i henhold til denne musikanalyse primært koncentrere mig om to af de præverbale selv-fornemmelser, Stern redegør for i sin teori, nemlig "Fornemmelsen af et emergent selv" og "Fornemmelsen af et kerneselv" (Stern 2000).

Det centrale ved fornemmelsen af et emergent selv er spædbarnets oplevelse af organiserings tilblivelsesproces, hvor barnet benytter sig af organiserende elementer som vitalitetsaffekter til at danne strukturer af sine oplevelser af omverdenen. Gennem dynamiske udtryk som tempo, rytme, tonehøjde, form og intensitet aflæser barnet kvaliteten af vitalitetsaffekterne og vitale skift og opbygger det erfaringsgrundlag, det bruger som reference i interaktionen med omverdenen. Disse strukturer følger temporale følelsesformer og betragtes af Stern som grundlæggende elementer i barnets organisering af sanseindtryk.

I interaktionen med et andet menneske sker der hele tiden en ikke særlig bevidst observation af disse vitale skift.

Mange af de samme elementer mener jeg kan genfindes i musikkens og dermed også i den

kliniske improvisations dynamiske udvikling og opbygning. Dermed mener jeg, at det musikalske udtryk, som patienten har i en given situation vil give et indtryk af, hvilken tilstand vedkommende befinder sig i. På den måde kan kommunikation i musikken være med til at give en ide om organisering som kan observeres af patienten og stimulere organiserings tilblivelsesproces.

Karens musikalske udtryk i forhold til Sterns teori

Karen og jeg sidder med en sangmappe hver og vi er nået til anden side af indholdsfortegnelsen. Spontant begynder Karen at synge denne side, men det er primært uforståeligt det hun synger.

Karens stemmeudtryk er som udgangspunkt meget lyst, luftigt, mat og klangløst/fattig på resonans, hvilket betyder at der ikke er særlig mange vitale skift i stemmeudtrykket.

Desuden er stemmen mumlende og udmønstret, hvilket giver den et monotont præg. Igen en påmindelse om, at de vitale skift så at sige ikke er tilstede.

Karen synger uafbrudt, indtil hun skal trække vejret. Dette vidner om, at der ingen frasering finder sted, udover når det fysiologiske behov for luft melder sig. Ifølge Stern betyder det, at der næsten ingen organisering finder sted. Dette underbygges af det forhold, at Karen ikke sanser, at vi sidder og har slået op på indholdsfortegnelsen. Der sker ikke nogen helhedsforståelse af den side i sangmappen. Denne handling fortæller dog, at Karen har organiseret den musikterapeutiske setting. Med en mappe i hånden synger vi sange sammen.

De musikalske bevægelser i Karens udtryk er meget begrænsede. Hun gør brug af et meget lille toneområde, og der er ingen fast puls, form eller struktur. Hun synger uforståeligt. Her kan det igen fremhæves, at de vitale skift er meget små.

Men der kan høres en udvikling til en stemmelyd med en anelse mere dynamik, kompression, intensitet, resonans og klang. Et kort

øjeblik indeholder det musikalske udtryk en form og struktur, og der opstår også et kort øjeblik en tonal fornemmelse. Dette tyder på, at Karen bevæger sig en smule i retning af en organisering og måske har en begyndende oplevelse af en organiseringsproces.

Ifølge Stern er der specielt tre invariante oplevelser, der som helhed er nødvendige for at danne en organiseret fornemmelse af et kerneselv.

Selv-handlen, selv-sammenhæng og selv-kontinuitet som er en fornemmelse af noget vedvarende. Karen udviser lidt initiativ til egen handling, men på en refleksagtig måde. Dette kommer til udtryk i det øjeblik Karen spontant bryder ud i sang da vi er kommet til anden side af indholdsfortegnelsen i sangmappen.

Karen beskrives i hypotesen fra første trin endvidere til at befinde sig i en verden, der er kaotisk, og er derfor i en tilstand der er uden sammenhængende oplevelser. Karens oplevelse af selv-kontinuitet er refleksagtig og dermed ikke bevidst. Dette konkluderer jeg udfra analysen om, at Karen kun har en overordnet organisering af den musikterapeutiske situation/setting.

Udfra en perspektivering ved hjælp af Sterns teori omkring det emergente selv og fornemmelsen af et kerneselv bliver konklusionen i den morfologiske analyse, at Karen har meget svage fornemmelser af et kerneselv på et præverbalt ubevidst stadie.

Analyse af andet musik-eksempel: En børnesang fra 14. session

I det følgende bliver essensen og konklusionen af stemmeanalysen gennemgået ved først at præsentere det umiddelbare helhedsindtryk af det grafiske billede. Derefter gennemgås hvert enkelt parameter i forhold til de fysiologiske definitioner og de psykologiske betragtninger. (Her henvises til projektet »Stemmeassessment - et redskab i musikerterapi« af Storm og Skov 2000).

Sangregister

Karens sangregister er aftegnet efter de passager, hvor Karen synger alene og ikke kan støtte sig til terapeutens sang. I de situationer synger hun fortrinsvis to toner. Det skal bemærkes, at Karen to gange kommer en tone højere op og to gange henholdsvis kommer en tone og to toner dybere.

En ambitus på to toner betyder, at Karen er fastlåst i en meget lille udtryksflade. Selve sangen "Jeg ved en lærkerede" spænder over en oktav. I notetranskriptionen ses det, at Karen ved musikterapeutens hjælp kan bevæge sig ud over de to toner og faktisk i løbet af sangen kommer i berøring med syv ud af otte toner. Det fortæller, at tonerne er til rådighed for Karen, men samtidig fortæller det også, at hun har brug for støtte til at kunne udvide sin ambitus og dermed også sin udtryksflade for bedre at kunne udtrykke sin tilstand.

Volumen

Karens stemme er luftig, mat og klangløs, hvilket understøtter antagelsen om, at Karen på nuværende tidspunkt er meget psykisk svag og skrøbelig. Det betyder, at der næsten ingen energi er, hvilket igen fortæller noget om at der heller ikke er meget overskud og ressourcer. Et psykologisk synonym for klangløs er livløs. At konkludere, at Karen næsten er livløs understøttes i registreringer af den meget lille ambitus. Karen er næsten ikke.

Klangkvalitet

Klangkvaliteten er en beskrivelse af stemmens karakter. En god og rig klangkvalitet kræver en god kropsfundering, der kan udnytte kroppens resonansrum optimalt. Er stem-

Fig. 2: Stemmeassessmentskema. →

Helhedsindtryk af det grafiske billede: Det umiddelbare indtryk er skræmmende, her er næsten ingenting at se. Så det umiddelbare spørgsmål er: Er Karen? Det mest fremtrædende parameter er volumen, der angiver, at Karen er ganske lidt.

Dato:

Assessmentskema/vers. 2 • © Sanne Storm 2002 • www.storm-musikterapi.dk

mens klang hæmmet, vil det give en forfladiget lyd.

Der opereres med fire klangkvaliteter, der hver repræsenterer forskellige temperamenter og følelsesflader.

Karen synger i klangkvaliteten fløjten og gør dermed kun brug af resonansen i hovedet. Det karakteristiske ved fløjten er, at dens udtryk er piget, sart, let bevægelig, ustadig og luftig. Taget i betragtning af hvilket toneleje Karen synger i, er stemmens klangkvalitet ualmindelig lys. Hendes stemme er ikke bare piget, men lillepiget, og sart. Resonansen er uden særlig intensitet og substans, hvilket fysiologisk bevirker, at lyden holdes tilbage.

Der er intet af de tre andre klangkvaliteter at spore i udtrykket.

Psykologisk set er Karen en meget lille pige, der næsten ikke kan noget selv. Den manglende intensitet og substans i resonansen fortæller, at der ikke er en fri bevægelse af energi i kroppen. Der holdes meget igen. Der skal bruges mange kræfter på ikke at give lyd. Dette kan understøtte hypotesen om, at Karen bevidst eller ubevidst har valgt at være meget tilbagetrukket. Dermed mindskes interaktionen med omverdenen og dermed oplevelsen af at være. Dette understøttes af parameteret kompression og de dertil hørende psykologiske betragtninger.

Dynamik

Det dynamiske udsving fortæller noget om evnen til fleksibilitet og empati. Det ekstreme ville være at sige, at Karens manglende dynamiske udtryk fortæller om en rigid natur. Men sammenholdt med de øvrige data tror jeg mere, at Karen er i en tilstand, hvor hun ikke længere evner at være fleksibel og empatisk.

Med støtte fra terapeuten kan Karen bevæge sig ud over omfanget af sin ambitus. Indenfor så lille en ambitus vil jeg påstå, at det ikke er muligt at være fleksibel og empatisk. Berøringsfladen er for lille.

Tonesikkerhed

Karens sang er præget af usikkerhed og kan

i denne sammenhæng også fortælle om den usikkerhed hun har om sig selv. Der er måske usikkerhed omkring det at udtrykke sig. Karen selv er måske også usikker på om hun vil udtrykke sig. Hvis hun vil udtrykke sig, er der måske usikkerhed omkring, hvad hun skal udtrykke? Det helt ekstreme er, at Karen på nuværende tidspunkt ikke er i stand til at udtrykke sig, fordi der hersker usikkerhed omkring, hvordan ordene sættes sammen, ligesom der hersker usikkerhed omkring, hvordan tonernes udtryksflade bliver større.

Den eksakte nodetransskription af hvordan vi synger sangen, støtter stemmeanalysen. Det er i nodetransskriptionen dokumenteret, at Karen på samme måde som når et barn vil lære en sang imiterer og gentager, hvad musikterapeuten synger.

Analyse af tredje musik-eksempel: En klinisk improvisation fra 19. session

Som den første analyse bliver det tredje musikeksempel analyseret ud fra de morfologiske principper. Jeg vil i det følgende kort gennemgå resultaterne fra hvert undersøgelsestrin.

Første trin - helhed

Ud fra lyttegruppens beskrivelser lavede jeg følgende morfologisk »hypotese«, der beskriver improvisationen til at være:

En bevægelse fra at være ubehjælpssom og fastlåst til at finde vej og åbne sig.

Andet trin - intern regulering

Her understøttes hypotesen fra første trin igen med en fænomenologisk beskrivelse af musikken og der opnås en bedre og bredere forståelse for, hvilken bevægelse der sker.

I den kliniske improvisation bliver denne bevægelse tydeliggjort ved seks efter hinanden følgende bevægelser:

En bevægelse fra ikke at bemærke hvad musikterapeuten spiller, til at bemærke hvad musikterapeuten spiller.

En bevægelse fra at spille amorft og ujævnt til at spille tilfældige toner med en ujævn pulsfornemmelse.

En bevægelse fra at spille amorft til at spille små figurer og små melodiske forløb, der gentages.

En bevægelse fra ikke at samtale med musikterapeuten i musikken til at samtale med musikterapeuten i musikken.

En bevægelse fra at spille en ujævn puls til at spille en fuldstændig jævn puls.

En bevægelse fra ikke at tage initiativ til at tage initiativ.

Det diskuteres meget i lyttegruppen, hvilken type bevægelse det drejer sig om. Fører bevægelsen til en oplevelse af forandring eller går den tilbage til udgangspunktet.

I følge den fænomenologiske musikbeskrivelse er udgangspunktet for Karens bevægelse overordnet fra et indre amorft udtryk. Altså en intrapsykisk oplevelse af sig selv som opløst og ikke sammenhængende og dermed på det nærmeste ikke-eksisterende. Det handler om en tilstand, der er ubehjælpelig og på niveau med et barn. I en fastlåst tilstand af næsten ikke at være til. I kraft af samklang med musikterapeuten og musikterapeutens afstemning, er det muligvis en oplevelse af forståelse der gør, at Karen responderer på den invitation, som musikterapeuten præsenterer. En musikalsk dialog tager sin begyndelse. I det følgende responderer Karen meget struktureret med små motiver og melodiske sekvenser (se fig. 3).

I den musikalske dialog med musikterapeuten får Karen formodentlig en oplevelse af at være (se fig. 3, fra minuttal 05.46 og frem til 07.00) og finder i denne dialog en vej tilbage.

Fig. 3: Nodeeksempel fra 19. session

Med andre ord ser hun dér en livline tilbage til virkeligheden. Denne livline giver Karen muligheden for at opleve en form for samledethed og stabilitet i sig selv. Dermed beskrives en interpsykisk bevægelse, der har karakter af ny egenoplevelse.

Konkluderende beskrives et handlemønster af interpsykisk karakter, hvor Karen fra at søge isolation og trække sig i kontakten til omverdenen nu indgår i kontakt med et andet menneske. Dermed er retningen for bevægelsen bestemt til at være af ekstrovert karakter.

I samværet med et andet menneske, her musikterapeuten, får Karen en ny oplevelse af sig selv. Med andre ord er der sket en bevægelse fra noget intrapsykisk til noget interpsykisk som giver en ny intrapsykisk oplevelse.

Tredie trin - transformation

Ved at sammenligne hypotesen fra første trin med anamnesen og sygehistorien fremgår det tydeligt, at bevægelsesretningen for Karens interpsykiske bevægelser nu følger hypotesen og er af ekstrovert karakter. Det uddybes også, at Karen i kraft af den ekstroverte interpsykiske bevægelse sideløbende opnår en intrapsykisk bevægelse i form af større og tydeligere oplevelse og fornemmelse af sig selv.

Fjerde trin - rekonstruktion

På samme måde som i analysen af det første musikeksempel anvender jeg Stern (2000) som teoretisk platform og koncentrerer mig primært om "fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-en-anden", der har betydning for en forståelse af de interpersonelle forhold på et præ-verbalt stadie.

I »fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-en-anden« er »fornemmelsen af et intersubjektivt selv« underforstået.

Der er grundlæggende et stort ønske hos mennesket om at kende og være kendt i fornemmelsen af gensidig tilkendegivelse af subjektive oplevelser. Det kan være et stærkt motiv og kan føles som en behovstilstand. En afvisning af at være kendt psykisk kan derfor

også opleves med stor styrke og intensitet. Socialiseringen af mennesket handler for den enkelte om at finde ud af, hvilke indre oplevelser der kan deles, og hvilke der ligger uden for de alment anerkendte menneskelige oplevelser. I den ene ende er der psykisk menneskeligt fællesskab, i den anden psykisk isolation.

Ved at dele subjektive psykiske oplevelser med et andet menneske dannes grundlaget for en fornemmelse af et intersubjektivt selv. De præ-verbale fælles subjektive oplevelser vil afspejle sig i adfærden og være observerbare i form af forskellige mentale tilstande som:

- * fælles opmærksomhed
- * fælles hensigter
- * dele affektive tilstande

At være fælles om affektive tilstande er ifølge Stern det mest almene og klinisk set mest relevante træk ved intersubjektiv relatering. For at der kan ske en intersubjektiv udveksling af en affektiv tilstand er affektiv afstemning nødvendig. Affektiv afstemning opnås ved udførelsen af adfærd, der udtrykker følelseskvaliteten ved en delt affektiv tilstand, men uden at imitere det nøjagtigt. Det kan beskrives som en form for tema med variation, hvor der mere er tale om en matchning. Stern (2000) har defineret de aspekter ved den menneskelige adfærd der kan matches, som værende intensitet, timing og form.

Intersubjektiv udveksling af affektoplevelser stiller nogle betingelser til de implicerede.

1. Den ene skal være i stand til at aflæse den andens følelsestilstand ud fra vedkommendes ydre adfærd.
2. Den ene skal udvise en adfærd, der ikke er ren efterligning, men ikke desto mindre på en eller anden måde modsvarer den andens ydre adfærd.
3. Den anden skal være i stand til at læse denne korresponderende reakti-

on som noget, der har at gøre med vedkommendes egen oprindelige følelsesmæssige oplevelse.

Det er kun når disse tre betingelser er tilstede, at et menneske kan erkende følelsestilstanden hos et andet menneske, og at de begge - uden ord - kan fornemme at transaktionen har fundet sted.

Karens musikalske udtryk i forhold til Sterns teori

Nodetransskriptionen viser flere eksempler på affektiv afstemning fra musikterapeutens side. Et eksempel er, at Karen introducerer nogle bestemte toner i en melodisk figur. To af disse toner bliver af musikterapeuten brugt i en variation af tema, der sker både over tid, i form og intensitet.

I improvisationen ses et fælles opmærksomhedsfokus, der udspiller sig i en inter-intentionalitet. Dette dokumenterer en intersubjektiv relatering. Dette ses i den fænomenologiske musikbeskrivelse og i nodetransskriptionen (se fig. 3), hvor Karen begynder at spille melodiske og rytmiske figurer i et stabilt handlemønster.

Dette fælles opmærksomhedsfokus benytter musikterapeuten til en intentionel kommunikation lidt senere i musikken. Hvilket fremgår også af den fænomenologiske musikbeskrivelse. En enkelt tone som Karen tilfældigt fremhæver i sit spil, spiller musikterapeuten tre gange efter hinanden i gradvis øgning af intensitet og styrke.

Videre i forløbet fremgår det både af node-transskriptionen og den fænomenologiske musikbeskrivelse, at Karen er i musikalsk dialog med musikterapeuten. Her opnås interaffektivitet, idet der opstår samhørighed i det musikalske udtryk. Dette kommer til udtryk ved, at Karen og musikterapeuten begge bruger færre toner og varierer brugen af dem. Dette fortolker jeg, som en samhørighed omkring Karens spæde kerneoplevelse, som sætter hende i stand til at udtrykke en

stabil fornemmelse af et kerneselv til sidst i improvisationen i form af en fast puls.

Essensen og konklusionen bliver, at Karen i den kliniske improvisation får en oplevelse af intersubjektivitet, »fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-en-anden« på et præverbal stadie. Sammenholdt med de øvrige analyser har Karen dermed opnået en psykisk re-organisering af sin tilstand.

Udgangspunktet for ubehjælpsomheden og det fastlåste har skiftet karakter. Hvor der før ikke var noget fast holdepunkt for Karen, har hun nu en fornemmelse af et fast holdepunkt i sig selv i form af en kerne. Musikalsk kommer den til udtryk ved den fuldstændige regelmæssige puls, der ikke lader sig aflede af musikterapeutens lette melodiske vandring.

På dette tidspunkt i behandlingsforløbet kan Karens problemstilling stadig defineres som ubehjælpsom og fastlåst, og til trods for den bevægelse, der er tydeliggjort i den fænomenologiske musikbeskrivelse, er problematikken altså stadig i en vis udstrækning den samme. Karen er ved at finde vej, men er nået et stykke i retning af at åbne sig for kontakt med omverdenen. Bevægelserne sker nu på et andet niveau. Første skridt i en psykoterapeutisk behandling er taget.

Efterbehandling af den tredje analyse – »isbryderen« og ny hypotese

Ud fra de tre analyser er det nu tydeligt at denne sidste improvisation er, hvad jeg kalder en »Isbryder«. Det er min opfattelse, at som tegn på, at en re-organisering er på vej vil der være én improvisation, der skiller sig ud fra de andre. Isbryderen er improvisationen, hvor patienten kommer i kontakt med en ny fornemmelse i sig selv. Kontakten til den nye fornemmelse anviser muligheden for en re-organisering og den nye fornemmelse afspejles i musikken, som indtager en ny karakter / musikalsk form og struktur.

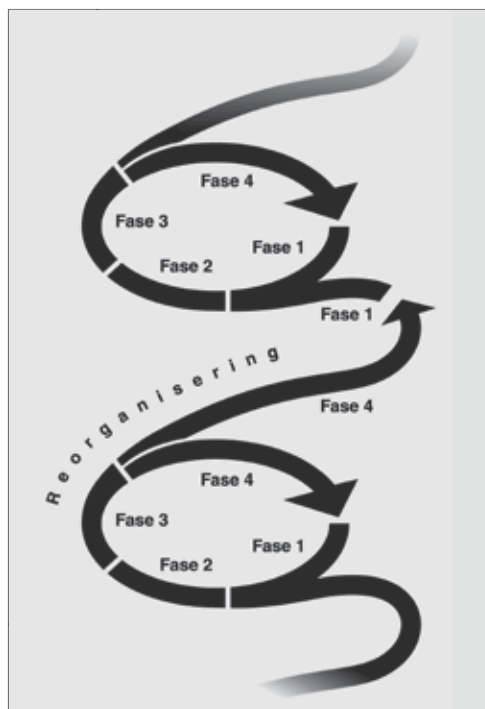


Fig. 4: Re-organisering

I andet trin, intern regulering, blev der redegjort for seks bevægelser som Karen fortløbende gennemgik i den kliniske improvisation. Disse bevægelser kan inddeles i fire faser ud fra, hvad der er karakteristisk for hver bevægelse og faserne er tilsyneladende kendetegnende for en udviklingsproces i en klinisk improvisation ved en re-organisering.

Første bevægelse i improvisationen er karakteriseret ved at være en begyndelse.

Anden bevægelse er præget og styret af musikterapeuten, der spiller en form og struktur, der kan rumme Karens amorfe udtryk.

I tredje og fjerde bevægelse ændres Karens udtryk da musikterapeuten laver en åbning i sit spil og en musikalsk dialog finder sted.

Femte og sjette bevægelse er karakteriseret af, at det her er Karen der præger improvisationen og styrer det musikalske udtryk.

Min hypotese er, at den kliniske improvisa-

tion frem mod en re-organisering gennemgår fire forskellige faser i kontinuerlig rækkefølge i en cirkelbevægelse. Faserne har glidende overgange (se fig. 4).

Vejen frem til en re-organisering kan kræve mange improvisationer, og de vil hver gang gennemgå alle fire faser og i samme rækkefølge.

I det følgende vil jeg give et bud på de retningslinier jeg mener er afgørende for musikkens og musikterapeutens forskellige roller og funktioner. Disse kan stimulere udviklingen af evnen til at forme struktur, sådan at sensoriske indtryk kan transformeres til en oplevelse, der giver mening. Dermed redegør jeg for en metode til at stimulere en psykisk re-organisering.

Hver fase er karakteriseret ved, at musikken og musikterapeuten har en bestemt rolle og funktion. På samme tid beskriver de fire faser, hvad der er essentielt for en udviklingsproces ved en re-organisering, hvor den kliniske improvisation spiller en afgørende rolle og funktion.

Jeg vil gerne i denne sammenhæng understrege, at det er vigtigt ikke kun at koncentrere sig om procedurer og teknikker, men huske at have rettet sin opmærksomhed mod helheden.

Første fase.

At være tilstede og forholde sig til

Patienten spiller sin nuværende tilstand. Selve tilstanden, måden at være tilstede på, bliver aktiviteten.

Sensitivt lyttende forholder musikterapeuten sig til patientens tilstedeværelse og udtryk, og til de følelser, der ligger bagved udtrykket og tilstedeværelsen.

Konkret forsøger musikterapeuten at afstemme sig efter patienten ved musikalsk at synkronisere, spejle, imitere og matche patientens musik.

Anden fase.

Et rummende og holdende rum

Ved at være sensitivt lyttende og nærværende kan terapeuten medvirke til at der opstår et rum, hvor musikterapeuten med sit spil danner en ramme, som patientens spil frit kan bevæge sig indenfor. Ved tilstedeværelsen af denne musikalske ramme kan patienten på en nænsom måde få oplevelsen af at være sammen med et andet menneske, at blive mødt, at være, og få oplevelsen af at blive holdt og rummet.

Konkret kan denne ramme opstå ved, at musikterapeuten enten spiller en rytmisk eller harmonisk grund, eller støtter, strukturerer og komplementerer patientens musikalske udtryk.

Tredie fase.

Mulighedernes rum (Potential space)

Musikterapeuten må i sit spil samtidig bevare kontakten til sin virkelighed ved hjælp af en "livline" og bevæge sig ind i patientens virkelighed. Sensitivt lyttende og nærværende afstemmer musikterapeuten sig efter dybden og karakteren af patientens basale følelser. Livlinen sikrer tereapeutens forankring i sin virkelighed og viser tillige patienten en mulig vej ud af dennes virkelighed.

I overensstemmelse med Carolyn Kenny (1989) definerer jeg dette som et musisk rum (musical space), et felt, hvor musikterapeuten og patienten har fælles resonans. Fælles resonans kan give oplevelsen af et møde, og udvikle sig til kontakt der kan være medvirkende til en oplevelse af forståelse. I dette musiske rum får musikterapeuten en fornemmelse af patientens potentialer. Rummet kan videre udvide sig til et musisk lege - og/eller spillefelt (field of play), et mulighedernes rum, hvor musikterapeuten hele tiden er opmærksom på, hvilke muligheder der er for aktive interventioner. Dermed gives en mulighed for i samspil med musikterapeuten at undersøge, bearbejde og re-organisere sit udtryk, samt fornemme, mærke og opleve, at tilstanden kan transformeres til et nyt udtryk eller en anden karakter,

der på sigt kan føre til en re-organisering af værensforfølelsen.

Dette kan i musikken foregå uden ord og uden at patienten behøver eller skal være i stand til at sætte ord på den oplevede forandring eller udvikling.

Det vigtigste for musikterapeutens spil i denne fase er pauserne. De giver oplevelsen af lydhørhed og at der bliver givet plads. Patientens udtryk bliver primært støttet og forstærket, og der bliver bygget ganske lidt videre på nogle af patientens ideer og derved inviteret til dialog.

I arbejdet med kontakten til stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter kan musikens non-verbale element i musikterapien fremhæves, da den muliggør at arbejde med kontakt på en glidende og næsten umærkelig måde. Oplevelsen af at være adskilt og være sammen kan som før nævnt være til stede på én gang, men overgangen fra den ene tilstand til den anden kan gøres glidende ved en følsom intensivering af den pågældende tilstand. Samtidig skal musikterapeuten være opmærksom på ikke at invadere patienten. Musikterapeuten skal ikke dirigere patientens musik i en bestemt retning mod genkendelige musikalske former eller stilarter, da dette hos mange psykiatriske patienter kan fremkalde angst.

Fjerde fase.

Separation / Afslutning

I nogle tilfælde vil patienten af sig selv afslutte improvisationen i det nye udtryk.

Tidligt i et behandlingsforløb med stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter vil det dog ofte være sådan, at musikterapeuten skal foretage en gradvis bevægelse sig væk fra patientens udtryk og i det musikalske udtryk opbygge en afslutning som patienten ubevidst kan reagere på.

Afslutning er en form for separation og det kan derfor være svært og pinefuldt for patienten at forlade samværet. Det skal gøres nænsomt. Dilemmaet ligger i kontrasten til tidligere erfaringer og den aktuelle oplevelse.

Som det er redegjort for tidligere, er det aktuelle møde præget af de tidlige erfaringer patienten har gjort sig i interpersonelle relationer og de betingelser som patienten dermed møder verdenen med. Kontakten til omverdenen har måske mest været præget af utryghed og manglende samklang, og patienten oplever dermed den aktuelle situation som angstskabende.

I samme øjeblik at tryghed og samklang opleves i en relation, indfries et af menneskets største grundlæggende behov, og i situationen opstår angsten for at miste denne tryghed og samklang igen for altid. Det er en smertefuld proces og den totale isolation er måske et forsvar mod disse stærke følelsesmæssige oplevelser.

Bent Jensen, musikterapeut, har beskrevet en lignende proces. Han har dog fokus på det musikterapeutiske behandlingsforløb med skizofrene, der overordnet inddeles i fire faser. Den såkaldte 4-fasemodel. (Jensen 1998) Denne 4-fasemodel har, sammen med mine egne kliniske erfaringer og Carolyn Kennys: *Field of Play* (Kenny 1989) inspireret til at definere en hypotese om dette udviklingsmønster for den kliniske improvisation ved en reorganisering.

Afslutning

Den musikterapeutiske behandling med Karen fandt sted i efteråret 1999. Tre måneder senere blev Karens farmakologiske behandling seponeret. Hendes diagnose er ændret til personlighedsforstyrrelse. I over to år har hun nu været medicinfri. I foråret 2002 stoppede hun den musikterapeutiske behandling på eget initiativ. Hun lever nu i egen lejlighed og er i stand til at tage vare på sig selv. Hvad der er helt essentielt er, at Karen til sidst i musikterapien var i stand til at sætte ord på den personlige udvikling hun havde taget. Hun beskrev det med en oplevelse af, at hun som person havde taget en drejning på 180 grader. Karen siger, at hun idag er mere åben og snakkende. Ligeledes har hun en oplevelse

af bedre at kunne koncentrere sig og være til stede i den aktuelle situation. Før kom hun hurtigt til at tænke på mange forskellige ting, mens hun var sammen med andre.

Et citat fra Karen: »Jeg har det bedre nu, end før jeg blev syg.« Om sin tilstand i begyndelsen af sit indlæggelsesforløb på psykiatrisk hospital udtrykker Karen: »Jeg var jo levende død.«

Karen er nået et skridt - endda mange skridt, videre i en større helhedsoplevelse af sig selv. Hun oplever og kan udtrykke, at hun har det bedre nu end før hun blev syg. Det er meget væsentligt.

Denne behandling var blandt andet mulig fordi alle implicerede, psykiateren, musikterapeuten og afdelingens personale omkring patienten var bevidste om vigtigheden af et velfungerende tværfagligt samarbejde, - den helhedsorienterede indsats.

Litteratur

- Bruscia, K. (1998). *The Dynamics and Music Psychotherapy*. Lower Willage, Gilsum NH, USA: Barcelona Publishers.
- Eken, S. (1998). *Den menneskelige stemme*. København: Hans Reizels Forlag.
- Exner, J. (1998). De fire behandlingsskridt. En introduktion til den morfologiske musikterapi. I: *Indføring i musikterapi som en selvstændig behandlingsform*, Årsskrift 1998, Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus & Aalborg Universitet, s. 91 - 106.
- Exner, J. (1999). *Oversættelse*. Speciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Jensen, B. (2000). Musikterapi med skizofrene. - refleksioner ud fra en case. I: *Den musikterapeutiske behandling - teoretiske og kliniske refleksioner*, Årsskrift 2000, Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus & Aalborg Universitet, s. 31 - 48.
- Kenny, C. (1989). *The Field of Play. A guide for the Theory and Practice of Music Therapy*. By: Tideview Publishing Company.
- Newham, P. (1998). *Therapeutic Voicework. Principles and Practice for the Use of Singing as a Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Newham, P. (1999) *Using Voice and Song in Therapy. The Practical Application of Voice Movement Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Nielsen, G. H.; Lippe, A. L. von der (1996). *Psykotterapi med voksne. Fem synsvinkler på teori og praksis*. København: Hans Reizels Forlag.
- Pedersen, I. N. (red); Frederiksen, B.; Lindvang, C. (1998). Musikterapiens indplacering i Danmark. - som akademisk disciplin / uddannelse - som behandlingstilbud inden for psykiatrien i Danmark - i en forståelse af psykiske problemer. I: *Indføring i musikterapi som en selvstændig behandlingsform*, Årsskrift 1998, Musikterapiklinikken s. 21 - 43.
- Pedersen, I. N. (1998). Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene / psykotiske patienter. - en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode. *Indføring i musikterapi som en selvstændig behandlingsform*, Årsskrift 1998, Musikterapiklinikken, s. 65-90.
- Stern, D. N. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. København: Hans Reizels Forlag.
- Storm, S. & Skov, S. (2000). *Stemmeassessment - et redskab i musikterapi*. Projekt, 8. semester, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Storm, S. (2002). *Livline til virkeligheden - første skridt i en psykoterapeutisk behandling*. Speciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Tüpker, R. (1988, 1996). *Ich singe, was ich nicht sagen kann*. Gustav Bosse Verlag Regensburg.